

АКУШЕРСТВО ГИНЕКОЛОГИЯ РЕПРОДУКЦИЯ

Включен в перечень ведущих
рецензируемых журналов и изданий ВАК

2014 • Том 8 • № 4

© ИРБИС. Все права охраняются.

**КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА
И ПРОФИЛАКТИКА ВЕНОЗНЫХ
ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ
ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ**

Данная информация
не является

Материалы XII Международной конференции Сибирского института акушерства, гинекологии и перинатологии (г. Томск) и кафедры акушерства и гинекологии медико-профилактического факультета Первого МГМУ им. Сеченова (Москва), 27-28 ноября 2014 г.

Materials of XII International Conference of Siberian Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology (Tomsk) and the Chair of Obstetrics and Gynecology of Public Health Faculty of the First Moscow State Medical University named after Sechenov (Moscow), November 27-28, 2014.

ПРОФИЛАКТИКА ПОВТОРНЫХ ПРЕЭКЛАМПСИЙ У ЖЕНЩИН С ТРОМБОФИЛИЕЙ И ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ В АНАМНЕЗЕ

Макацария А.Д., Журавлева Е.В., Андреева М.Д.

ГБОУ ВПО «Первый МГМУ имени И.М. Сеченова» Минздрава России, Москва

Цель – оценка эффективности патогенетической профилактической терапии повторных преэклампсий у женщин с тромбофилией и преэклампсией в анамнезе.

Материалы и методы

Обследовано 85 женщин с тромбофилией (генетической, приобретенной или сочетанной) и преэклампсией (ПЭ) в анамнезе, которые были разделены на две группы: I группа – 45 пациенток с ПЭ в анамнезе и находящиеся под наблюдением с фертильного цикла, и 40 пациенток с ПЭ в анамнезе, обратившиеся уже будучи беременными (с 6 по 13-ю нед. гестации) – II группа. Контрольную группу составили 70 женщин с неосложненным течением беременности, неотягощенным акушерско-гинекологическим и тромботическим анамнезом.

Исследование системы гемостаза: АЧТВ, протромбинового времени, тромбинового времени, уровня фибриногена, АТIII; ТЭГ (тромбоэластография); определение агрегации тромбоцитов, уровня Д-димера; растворимых комплексов мономеров фибрина; уровня гомоцистеина; определение глобальной функции протеина С («Парус-теста»), определение генетических форм тромбофилии методом ПЦР; диагностика АФС.

Результаты

Течение и исходы беременностей у пациенток данной группы пациенток были следующими: СЗВРП наблюдалось у девяти пациенток: у трех пациенток из группы I и у шести – II группы. Угроза прерывания беременности была у 8 (9,4%) пациенток: 2 (4,4%) и 6 (15%) в группах I и II соответственно. Досрочного родоразрешения в I группе не было ни у одной пациентки, в группе II – у 2 (5%), в контрольной группе также

не было ни у одной пациентки. Экстренного кесарева сечения не производилось ни у одной пациентки. ПЭ средней и тяжелой степени удалось предотвратить, тогда как ПЭ легкой степени имела место лишь у трех пациенток II группы, ни в I группе, ни в контрольной группе случаев ПЭ не было. Таким образом, число акушерских осложнений значительно выше в группе пациенток, наблюдение которых началось уже в период беременности, а не с фертильного цикла (как в группе I).

Пациенткам данной группы проводился комплекс профилактической терапии, включавшей: НМГ (эноксапарин натрия 20-60 мг), антиоксиданты (Омега-3 триглицериды), витамины группы В, фолиевую кислоту, начиная с фертильного цикла, аспирин (по показаниям за исключением I триместра беременности и периода лактации), прогестерон по показаниям. Доза НМГ варьировала от минимальной профилактической до полной терапевтической с учетом контроля изменений состояния системы гемостаза в динамике. НМГ отменяли за 24 ч до операции кесарева сечения или с началом развития родовой деятельности и возобновляли через 6-8 ч после родов. Антикоагулянтная терапия с применением НМГ после родоразрешения проводилась под контролем гемостазиограммы в течение минимум 6 нед. Дозы НМГ корректировались в зависимости от уровней маркеров тромбофилии, агрегационной активности тромбоцитов и веса женщины.

Все пациентки были разрешены путем операции кесарева сечения. В контрольной группе лишь 17 (24,3%) были разрешены путем операции кесарева сечения, в большинстве своем в плановом порядке: из-за наличия миопии высокой степени, рубца на матке после операции кесарева сечения, тазового предлежания плода.

Родилось 85 живых детей, средней массой 3250±250 г, рост – 51±2 см, оценка по шкале Апгар у 75% – 8-9 баллов и у 25% – 7-8 баллов. Ранний неонатальный период проходил без особенностей.

Заключение

Патогенетически обусловленное применение профилактической комплексной терапии, начиная с фертильного цикла, а также в течение всей беременности позволило достигнуть перинатальных исходов статистически сравнимых с таковыми в контрольной группе.

Для оптимизации ведения следующей беременности и возможности своевременного начала адекватной профилактической терапии всем пациенткам с ПЭ в анамнезе необходимо проводить исследование системы гемостаза на наличие генетических и приобретенных форм тромбофилий. Успешное течение беременности у данной группы пациенток, а также благоприятные перинатальные исходы на фоне антитромботической терапии могут свидетельствовать об этиопатологической роли нарушений тромбофилической направленности у пациенток с ПЭ.